

- a) *Streptococcus pneumonia* adalah bakteri *anaerob facultative*. Bakteri ini jenis non motil dan tidak berspora dengan kapsul polisakarida.
 - b) *Staphylococcus aureus*: bakteri anaerob fakultatif. Pada klien yang diberikan obat secara intravena (*intravena drug abusers*) dapat mengakibatkan infeksi kuman ini menyebar secara hematogen dari kontaminasi injeksi awal menuju paru-paru.
 - c) *Enterococcus (E.Faecalis, E Faecium)*: organisme *streptococcus grup D* yang merupakan flora normal usus. Penyebab pneumonia berasal dari di gram negatif sering menyerang pada klien defisiensi imun (*immunocompromised*) atau klien yang dirawat rumah sakit dan dilakukan pemasangan *endotracheal tube*.
 - d) *Pseudomanus aeruginosa*: bakteri anaerob, bentuk batang dan memiliki bau yang sangat khas.
 - e) *Klebsiella pneumonia*: bakteri *anaerob fakultatif*, bentuk batang tidak berkapsul. Pada klien alkoholisme kronik, diabetes atau PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik) dapat meningkatkan resiko terserang kuman.
 - f) *Haemophilus influenza*: bakteri bentuk batang anaerob dengan berkapsul atau tidak berkapsul. Jenis kuman ini memiliki virulensi tinggi yaitu *encapsulated type B (HiB)*.
2. Pneumonia atipikal
Pneumonia yang disebabkan oleh *Mycoplasma atipikal*, *Mycoplasma pneumonia*, *chlamedia trachomatis*, *legionella sp.*, *C.pneumonia* dan *pneumocystis*.
 3. Virus
Disebabkan oleh virus influenza yang menyebar melalui droplet, biasanya menyerang pada klien dengan imunodefisiensi. Virus yang menyerang pada balita yaitu *cytomegali virus*, *herpes simplex virus*, *varicella zooster virus*.
 4. Funksi Infeksi
Pneumonia akibat jamur biasanya disebabkan oleh jamur oportunistik, dimana spora jamur masuk kedalam tubuh saat

menghirup udara. Organisme yang menyerang yaitu *Candida sp.*, *Aspergillus sp.*, *Cryptococcus neoformans*.

c. Manifestasi Klinik Bronkopneumonia

Menurut Zuriati manifestasi klinik bronkopneumonia (Herawati dkk, 2024) yaitu batuk atau kesulitan bernapas dan beberapa hal berikut ini:

- a. Kepala terangguk-angguk
- b. Pernapasan cuping hidung
- c. Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.
- d. Foto dada menunjukkan gambaran bronkopneumonia.

1. Nafas cepat

- a. Anak umur <2 bulan: ≥ 60 kali/menit.
- b. Anak umur 2-11 bulan: ≥ 50 kali/menit.
- c. Anak umur 1-5 tahun: ≥ 40 kali/menit.
- d. Anak umur ≥ 5 tahun: ≥ 30 kali/menit.

2. Suara merintih pada bayi.

3. Pada auskultasi terdengar:

- a. *Crackles (ronki)*
- b. Suara pernafasan menurun
- c. Suara pernafasan bronkial.

Dalam keadaan yang sangat berat dapat dijumpai:

- a. Tidak dapat minum/makan atau memuntahkan semuanya.
- b. Kejang, letargis atau tidak sadar
- c. *Sianosis*
- d. *Distress* pernapasan berat.

d. Patofisiologis Bronkopneumonia

Aspirasi sekresi orofaring yang sarat mikroba adalah rute yang paling umum bagi patogen untuk masuk ke paru-paru. Mikroorganisme dapat terhirup setelah dipancarkan oleh batuk, bersin atau berbicara. Karena infeksi dimana dimana saja dalam tubuh, yang dimana bakteri bisa melakukan perjalanan ke paru-paru (Sari dkk, 2023).

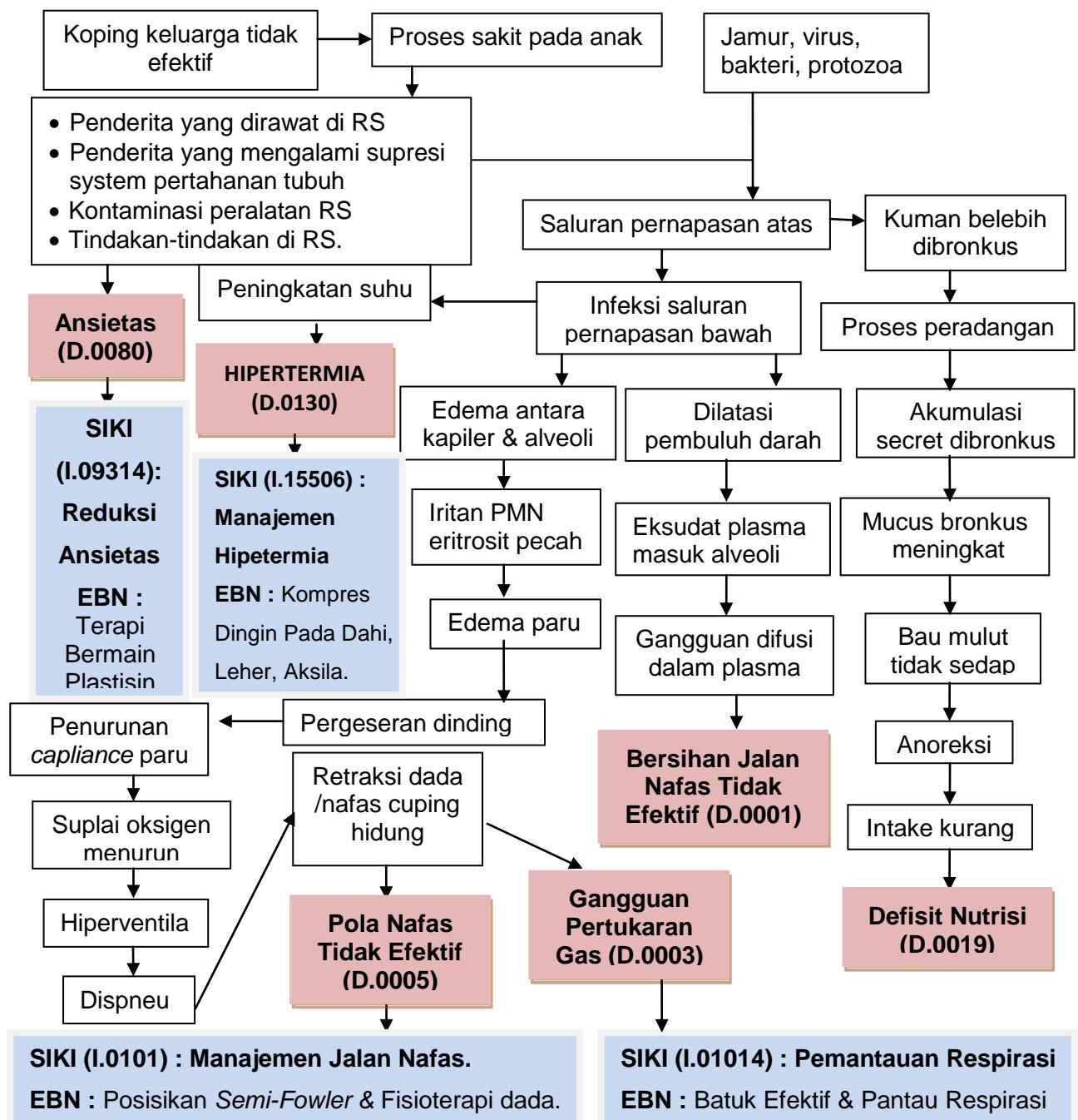
Kuman penyebab bronkopneumonia masuk kedalam jaringan paru-paru melalui saluran pernafasan atas bronchiolus, kemudian kuman

masuk kedalam alveolus-alveolus lainnya melalui poros kohn, sehingga terjadi peradangan pada dinding *bronchus* atau *bronchiolus* dan alveolus sekitarnya. Kemudian proses radang ini selalu dimulai pada hilus paru yang menyebar secara progresif ke prifer sampai seluruh lobus. Bronkopneumonia dapat terjadi akibat inhlasi mikroba yang ada di udara, aspirasi organisme dari nasofarinks atau penyebaran hemotogen dari fokus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk ke paru-paru melalui saluran nafas masuk ke bronkioli dan alveoli, menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema kaya protein dalam alveoli dan jaringan interstitial. Kuman pnemokokus dapat meluas melalui porus kohn dari alveoli keseluruhan segmen atau lobus. Eritrosit mengalami perembesan dan beberapa leukosit dari kapiler paru-paru. Alveoli dan septa menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relatif sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar. Paru menjadi tidak berisi udara lagi, kenyal dan berwarna merah. Pada tingkat lebih lanjut, aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit dan relatif sedikit eritrosit. Kuman pneumokokus di fagositosis oleh leukosit dan sejak resolusi berlangsung, makrofag masuk kedalam alveoli dan menelan leukosit bersama kuman pneumokokus di dalamnya. Paru masuk dalam tahap hepatisasi abu-abu dan tampak berwarna abu-abu kekuningan. Secara perlahan-lahan sel darah yang mati dan eksudat fibrin di buang dari alveoli. Terjadi resolusi sempurna, paru menjadi normal kembali tanpa kehilangan kemampuan dalam pertukaran gas. Akan tetapi apalagi proses konsolidasi tidak dapat berlangsung dengan baik maka setelah edema dan terdapatnya eksudat pada alveolus maka membran dari alveolus akan mengalami kerusakan yang dapat mengakibatkan gangguan proses diffusi osmosis oksigen pada alveolus. Perubahan tersebut akan berdampak pada penurunan jumlah oksigen yang dibawa oleh darah. Penurunan itu yang secara klinis penderita mengalami pucat sampai sianosis. Terdapatnya cairan parulent pada alveolus juga dapat akibatkan peningkatan tekanan pada paru, selain dapat berakibat penurunan kemampuan mengambil oksigen dari luar juga mengakibatkan berkurangnya kapasitas paru. Penderita akan berusaha melawan tingginya tekanan tersebut menggunakan otot-otot bantu

pernafasan (otot interkosta) yang dapat menimbulkan peningkatan retraksi dada.

Secara hematogen maupun langsung (lewat penyebaran sel) mikroorganisme yang terdapat di dalam paru dapat menyebar ke bronkus. Setelah terjadi fase peradangan lumen bronkus beserbukan sel radang akut, terisi eksudat dan sel epitel rusak. Bronkus dan sekitarnya penuh dengan netrofil (bagian leukosit yang banyak pada saat awal peradangan dan bersifat fagositosis) dan sedikit eksudat fibrinosa. Bronkus rusak akan mengalami fibrosis dan pelebaran akibat penumpukan eksudat singga dapat timbul bronkiektasis. Selain itu organisasi eksudat dapat terjadi karena absorpsi yang lambat. Eksudat pada infeksi ini mula-mula encer dan keruh, mengandung banyak kuman penyebab (strepkokus, virus, bakteri dan lainnya). Selanjutnya eksudat berubah menjadi purulen dan mengakibatkan sumbatan pada lumen bronkus. Sumbatan ini dpat mengurangi asupan oksigen dari luar sehingga penderita mengalami sesak nafas. Terdapatnya peradangan pada bronkus dan paru akan mengakibatkan produksi mukosa dan peningkatan refleks batuk. Hal ini bisa berlangsung sebaliknya dimana di dahului dulu dengan infeksi pada bronkus kemudian berkembang menjadi infeksi pada paru-paru (Herawati dkk, 2024).

e. WOC Bronkopneumonia



Sumber : PPNI (2017), SDKI (2018).

Gambar 2.1 WOC Bronkopneumonia

f. Klasifikasi Bronkopneumonia

Menurut Hernawati klasifikasi bronkopneumonia (Herawati dkk, 2024) ada beberapa kategori, diantaranya:

1. Bronkopneumonia sangat berat: bila terjadi sianosis sentral dan anak tidak sanggup minum, maka anak harus dirawat dirumah sakit dan diberi antibiotik.
2. Bronkopneumonia berat: bila dijumpai retraksi tanpa sisnosis dan masih sanggup minum, maka anak harus dirwata di rumah sakit dan diberi antibiotik.
3. Bronkopneumonia: bila dijumpai retraksi tanpa sisnosis dan masih sanggup minum, maka anak harus dirawat di rumah sakit dan diberi antibiotik. Adanya pernafasan yang cepat yakni >60 kali/menit pada anak usia kurang dari dua bulan: >50 kali/menit pada anak usia 2 bulan-1 tahun: >40 kali/menit pada anak usia 1-5 tahun.
4. Bukan bronkopneumonia: hanya batuk tanpa adanya gejala dan tanda seperti diatas, tidak perlu dirawat dan diberi antibiotik.

g. Komplikasi Bronkopneumonia

Bronkopneumonia bisa diberi terapi dengan baik tanpa menimbulkan komplikasi. Akan tetapi beberapa pasien, khususnya kelompok klienresiko tinggi, mungkin mengalami beberapa komplikasi seperti bakteremia (sepsis), abses paru, efusi pleura dan kesulitan bernapas. Bakteremia terjadi pada klien jika bakteri yang menginfeksi paru masuk ke dalam aliran darah menyebarkan infeksi ke organ lain, yang berpotensi menyebabkan kegagalan organ. Komplikasi yang sering muncul pada klien anak dengan Bronkopneumonia yaitu gangguan asam basa, diantaranya yaitu asodosis metabolik, alkalosis respiratorik,diikuti dengan syok septik dan septis. Pada bronkopneumonia berat, anak akan mengalami hipoksia sehingga kekurangan basah dikarbonat (HCO_3) yang mengakibatkan turunny pH darah di bawah 7 dan terjadi hiperventilasi sebagai mekanisme kompensasi tubuh, keadaan ini disebut dengan asidosis metabolik. Kehilangan karbondioksida berlebihan dari paru dari keadaan produksi normal akan mengakibatkan penurunan

PCO₂ dan peningkatan pH sehingga menimbulkan alkalosis respiratorik (Herawati dkk, 2024).

h. Pemeriksaan Penunjang Bronkopneumonia

Menurut Nurarif & Kusuma untuk dapat menegakkan diagnosis keperawatan dapat digunakan cara berikut :

1. Pemeriksaan laboratorium

a. Pemeriksaan darah

Pada kasus bronkopneumonia oleh bakteri akan terjadi leukositosis (meningkatnya jumlah neutrofil).

b. Pemeriksaan sputum

Bahan pemeriksaan yang terbaik diperoleh dari batuk yang spontan dan dalam digunakan untuk kultur serta tes sensitifitas untuk mendeteksi agen infeksi.

c. Analisa gas darah untuk mengevaluasi status oksigenasi dan status asam basa.

d. Kultur darah untuk mendeteksi bakteremia.

e. Sampel darah, sputum dan urine untuk tes imunologi untuk mendeteksi antigen mikroba.

2. Pemeriksaan Radiologi

a. Radiografi dada

Konsolidasi Ipbar sering diamati pada infeksi *pneumokokus* dan *klebsiella*. Pada infeksi *staphylococcus* dan hemofilik, beberapa infiltrat sering terjadi.

b. Laringoskopi/Bronkoskopi

Tentukan apakah benda dapat menghalangi jalan nafas, untuk menentukan apakah benda padat menghalangi jalan napas.

i. Penatalaksanaan Bronkopneumonia

Penatalaksanaan bronkopneumonia yang pertama yaitu dengan pemberian antibiotik tertentu terhadap bakteri penyebab infeksi bronkopneumonia. Pemberian antibiotik bertujuan untuk memberikan terapi terhadap kuman penyebab infeksi. Antibiotik yang diberikan berupa antibiotik definitif dan empiris, akan tetapi sebelum antibiotik empiris dan

terapi suportif untuk menjaga kondisi pasien. Pemberian terapi antibiotik empiris perlu membedakan jenis pneumonia dan tingkat keparahan berdasarkan kondisi klinik klien dan faktor predisposisi, karena akan menentukan pilihan antibiotik empiris yang akan diberikan kepada pasien.

Antibiotik yang sering diberikan pada klien bronkopneumonia yaitu *cotrimoxazole* atau *amoxycillin*. Pemberian antibiotik selama tiga hari dengan jumlah pemberian dua kali perhari. Selain pemberian antibiotik untuk klien dengan demam diberikan obat penurun panas seperti *paracetamol* selama tiga hari.

Tindakan suportif meliputi oksigen untuk mempertahankan $\text{PaO}_2 > 8 \text{kPa}$ ($\text{SpO}_2 > 92\%$) dan resusitasi cairan intravena untuk memastikan stabilitas hemodinamik. Bantuan ventilasi: ventilasi non invasif (misalnya tekanan jalan napas positif kontinu) atau ventilasi mekanisme mungkin di perlukan pada gagal napas. Bila demam atau nyeri pleuritik dapat berikan antipiretik analgesik serta dapat diberikan mukolitik atau ekspektoran untuk mengurangi dahak (Herawati dkk, 2024).

2. Konsep Dasar Hospitalisasi

a. Defenisi Hospitalisasi

Menurut WHO hospitalisasi merupakan pengalaman yang mengancam ketika anak menjalani suatu proses dimana karena suatu alasan atau keadaan darurat yang mengharuskan anak tersebut tinggal di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan sampai pulang kembali kerumah. Hospitalisasi adalah suatu keadaan yang memaksa seseorang harus menjalani rawat inap dirumah dirumah sakit untuk menjalani pengobatan maupun terapi yang dikarenakan anak tersebut mengalami gangguan Kesehatan atau sakit. Pengalaman hospitalisasi yang dialami anak selama rawat inap tidak hanya mengganggu psikologi tapi juga akan sangat berpengaruh psikologi anak dalam berinteraksi terutama pada pihak rumah sakit termasuk perawat sebagai pemberi asuhan (Wahyuni dkk, 2022).

b. Manfaat Hospitalisasi Pada Orang Tua Dan Anak

Menurut Wahyuni dkk, (2022) manfaat hospitalisasi pada orang tua dan anak, antara lain:

1. Membantu perkembangan orang tua dan anak dengan cara memberi kesempatan orang tua mempelajari tumbuh kembang anak dan reaksi anak terhadap stresor yang dihadapi selama dalam perawatan dirumah sakit.
2. Dapat dijadikan sebagai tempat media untuk belajar pada orang tua, perawat dapat memberi kesempatan pada orang tua untuk belajar tentang penyakit anak, pengobatan yang diperoleh dan prosedur tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada anak sesuai kemampuan orang tua untuk belajar.
3. Memfasilitasi anak untuk menjaga proses sosialisasinya dengan sesama klien anak yang ada, teman sebaya atau teman sekolah, berikan kesempatan kepada mereka untuk bermain bersama saling kenal dan berbagi pengalaman dengan tetap memperhatikan usia anak dan penyakitnya. Komunikasi atau interaksi antara petugas Kesehatan dan orang tua juga perlu mendapatkan perhatian dari perawat untuk memfasilitasi agar proses sosialisasi sebagai tempat yang baru dapat berjalan dengan baik.
4. Meningkatkan kemampuan control diri anak dilakukan dengan cara memberi anak untuk mengambil keputusan, percaya diri dan tidak terlalu bergantung pada orang lain, ini berlaku pada anak yang sudah besar, selalu memberikan penguatan dan pujian atas kemampuan yang dicapai anak dan orang tua.

c. Faktor Penyebab Stres Hospitalisasi Pada Anak

Pada kondisi sedang sakit, anak-anak kadang membutuhkan terapi yang mengharuskan anak harus dirawat inap di rumah sakit. Hospitalisasi merupakan salah satu pengalaman yang tidak menyenangkan bagi anak maupun orang tua. Beberapa stresor akan dihadapi saat anak akan dirawat, selama perawatan hingga sampai pemulangannya kembali ke rumah. Faktor yang menyebabkan stres pada

anak akibat hospitalisasi menurut Zubaidah (2022), di antaranya sebagai berikut :

1. Perubahan suasana lingkungan: dimana anak yang dirawat akan merasakan suasana rumah sakit yang berbeda, wajah orang yang banyak tidak dikenal, bau khas rumah sakit, maupun bunyi yang muncul dari alat kesehatan yang digunakan pasien, dan lain-lain.
2. Orang baru yang tidak dikenal: anak akan merasakan stresor perpisahan dengan orang yang berarti baginya, seperti anggota keluarga, teman- teman lingkungan rumah, sekolah,dan lain-lain.
3. Faktor berkurang atau hilangnya kekebasan: akibat dirawat maka terdapat beberapa aturan dan prosedur medis yang harus dilakukan, anak juga tidak bisa melakukan kegiatan yang rutin dilakukan sebelum dirawat termasukm aktifitas bermain dan lain-lain.
4. Faktor fisik: akibat kondisi sakitnya anak akan mengalami keadaan ketidakberdayaan, anak tidak mampu melakukan aktifitas rutinnya yang biasanya dapat dilakukan secara mandiri, dan lain-lain.

Respon terhadap stresor akan berbeda pada anak, tergantung dari berat ringannya penyakit, jenis prosedur medis dan perawatan yang dilakukan, pengalaman sebelumnya, tingkat perkembangan anak berdasarkan usia, dukungan keluarga dan kemampuan coping dari anak.

d. Reaksi Anak Pra Sekolah Terhadap Hospitalisasi

Anak usia prasekolah (3-6 tahun) telah dapat menerima perpisahan dengan orang tuanya dan anak juga dapat membentuk rasa percaya kepada orang lain walaupun demikian anak tetap merindukan keluarganya. Akibat perpisahan pada anak usia prasekolah akan menimbulkan reaksi seperti: menangis pelan-pelan, menolak makan, sering bertanya misalnya: kapan orang tuanya berkunjung, tidak koperatif terhadap aktifitas sehari-hari. Kehilangan kontrol pada anak usia pra sekolah bisa terjadi karena adanya pembatasan aktifitas sehari-hari dan karena kehilangan kekuatan diri. Anak pra sekolah membayangkan bahwa dirawat di rumah sakit merupakan suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandirianya dihambat. Anak akan berespon dengan perasaan malu, bersalah dan takut.

Anak usia pra sekolah juga sangat memperhatikan penampilan dan fungsi tubuh, mereka menjadi ingin tahu dan bingung melihat seseorang dengan gangguan pengelihatan atau keadaan tidak normal, pada usia ini anak merasa takut bila mengalami perlukaan, anak menganggap bahwa Tindakan dan prosedur Tindakan mengancam integritas tubuhnya. Anak akan bereaksi dengan agresif ekspesif verbal. Anak juga akan menangis, bingung, khususnya bila keluar darah dari tubuhnya. Maka sulit bagi anak untuk percaya bahwa tindakan mengukur tekanan darah, mengukur suhu perrekta dan prosedur Tindakan lainnya tidak akan menimbulkan perlukaan (Wahyuni dkk, 2022).

Beberapa perilaku anak dalam upaya beradaptasi terhadap masalahnya selama dirawat di rumah sakit, antara lain anak usia prasekolah menolak diberikan tindakan keperaatan mandiri maupun infasif, anak berusaha menghindari situasi yang membuatnya tertekan dan menegangkan serta mengancam, anak bersikap tidak kooperatif terhadap dokter dan perawat, anak berusaha mengalihkan perhatian (*distraction*) dari sumber yang membuatnya tertekan dan menakutkan. Perilaku yang dilakukan anak selama anak dirawat di rumah sakit misalnya mengajak anak terapi bermain dengan membaca buku cerita, dongeng, menonton televisi, mewarnai, melukis, bermain puzzle, bermain mobil-mobilan, masak-masakan atau bermain mainan yang aman dan nyaman (Firmansyah dkk, 2021).

e. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Anak Dalam Berespon Terhadap Penyakit dan Hospitalisasi

Setiap anak mempunyai respon yang berbeda terhadap penyakit dan hospitalisasi. Beberapa faktor yang mempengaruhi respon anak terhadap hospitalisasi (James & Ashwill, 2007), adalah:

1. Umur dan perkembangan kognitif

Tingkat perkembangan anak mempengaruhi reaksi anak terhadap penyakit. Perkembangan anak pada usia prasekolah adalah membentuk konsep sederhana tentang kenyataan sosial, belajar membina hubungan emosional dengan orang lain dan belajar membina hubungan baik dan buruk dengan orang lain. Perbedaan-

perbedaan tersebut harus dipertimbangkan saat merencanakan asuhan keperawatan. Persiapan rawat inap dan prosedur yang akan dilakukan didasarkan pada pertumbuhan dan perkembangan anak.

2. Respon orang tua terhadap penyakit dan hospitalisasi

Orang tua dan anak mengalami kecemasan saat anak dihospitalisasi. Kecemasan yang terjadi pada orang tua ini dapat meningkatkan kecemasan anak. Orang tua kadang tidak menjawab pertanyaan anak dan tidak menjelaskan yang sebenarnya karena khawatir anak menjadi takut dan cemas. Orang tua takut membuat bingung anak dan menurunkan tingkat kepercayaan anak.

3. Persiapan anak dan orang tua

Metode yang dapat dilakukan untuk menyiapkan anak dalam menjalani hospitalisasi adalah mengerti kebutuhan individu dari anak tersebut. Perawat harus mempertimbangkan umur, tingkat perkembangan, keterlibatan keluarga, waktu, status fisik dan psikologi anak, faktor sosial budaya dan pengalaman terhadap sakit maupun pengalaman merawat anak.

4. Keterampilan coping anak dan keluarga

Coping merupakan suatu proses dalam menghadapi kesulitan untuk mendapatkan penyelesaian masalah. Coping anak terhadap penyakit atau hospitalisasi dipengaruhi oleh usia, persepsi terhadap kejadian yang dialami, hospitalisasi sebelumnya dan dukungan dari berbagai pihak.

5. Manfaat psikologis dari hospitalisasi

Hospitalisasi dianggap hanya menyebabkan dampak negatif terhadap status psikologis anak menurut beberapa orang tua, sesungguhnya manfaat psikologis akibat hospitalisasi karena penyakit yang diderita anak dapat meningkatkan perkembangan yang positif dari keterampilan coping anak dan meningkatkan harga diri, anak lebih percaya diri dalam mengurangi kecemasan selama dihospitalisasi dan lebih mampu untuk melakukan perawatan diri sendiri.

f. Peran Orang Tua dalam Mendampingi Anak *Hospitalisasi*

Peran serta orang tua dalam meminimalkan dampak hospitalisasi (Ambarwati & N, 2015), adalah :

1. Lakukan *rooming in*, dimana Orang tua tinggal bersama dengan anak selama sakit sehingga mengurangi kecemasan pada anak. berperan aktif dalam perawatan anak dengan cara orang tua tinggal bersama selama 24 jam, minimal salah satu ayah atau ibu secara bergantian dapat mendampingi anak selama sakit.
2. Apabila tidak bisa *rooming in*, orang tua tetap bisa melihat anak setiap saat dengan maksud mempertahankan kontak antar mereka. Orang tua bisa tetap berada disekitar ruang rawat sehingga bisa dapat melihat anak. Mempersiapkan psikologis anak untuk tindakan prosedur yang akan dilakukan dan memberikan penguatan psikologis anak. Selain itu orang tua juga memberikan penjelasan bahwa tindakan yang akan diterima untuk membantu penyembuhan penyakit anak.
3. Mendampingi anak pada saat mendapatkan tindakan atau prosedur yang menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Apabila orang tua tidak dapat menahan diri atau tidak tega melihat anak maka ditawarkan pada orang tua untuk mempercayakan kepada perawat.

g. Peran Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Anak Pada Saat di Hospitalisasi

Beberapa hal yang dapat dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan pada anak yang dihospitalisasi, antara lain:

1. Persiapan hospitalisasi

Proses persiapan hospitalisasi yang dapat dilakukan adalah orientasi keliling rumah sakit, pertunjukan menggunakan boneka dan permainan yang menggunakan miniatur peralatan rumah sakit yang nanti akan dijumpai anak pada saat pemberian perawatan. Persiapan bisa menggunakan buku-buku, video atau film yang menceritakan seputar kondisi di rumah sakit (Hockenberry dkk, 2017).

2. Mencegah dan meminimalkan perpisahan terutama pada anak usia <5 tahun.
 - a) *Rooming in* dimana orang tua dan anak tinggal Bersama dalam satu kamar.
 - b) Partisipasi orang tua, Pendampingan anak oleh orang tua setiap saat dapat membantu mengurangi kecemasan anak. Memberikan kesempatan orang tua meapkan makan atau memandikan.
 - c) Membuat ruang rawat seperti situasi dirumah dengan mendekorasi dinding memakai pos atau kartu bergambar sehingga anak merasa nyaman.
3. Meminimalkan kehilangan kendali
Pembatasan fisik atau imobilisasi pada ekstremitas untuk mempertahankan aliran infus dapat dicegah jika anak kooperatif sedangkan untuk bayi dan toodler kehadiran orang tua sangat penting untuk mengurangi stres akibat pembatasan fisik, mempertahankan rutinitas anak, mendorong kemandirian dan meningkatkan pemahaman akan meningkatkan rasa nyaman pada anak.
4. Mencegah dan meminimalkan ketakutan akan cedera tubuh
Anak dalam menghadapi prosedur yang menyakitkan akan dihantui rasa cemas dan takut akan nyeri. Perawat menjelaskan apa yang akan dilakukan, siapa yang akan ditemui jika ia merasa takut, teknik manipulasi prosedural untuk setiap kelompok umur dapat meminimalkan ketakutan terhadap cedera tubuh. Intervensi yang paling mendukung adalah dengan prosedur yang tepat dan secepat mungkin serta mempertahankan kontak orang tua dengan anak.
5. Memfasilitasi aktivitas yang sesuai dengan perkembangan
Menjaga perkembangan anak saat dihospitalisasi merupakan salah satu tujuan dari asuhan keperawatan anak sehingga berbagai cara dilakukan untuk meminimalkan perpisahan, memberikan kesempatan anak untuk berpartisipasi dalam aktivitas-aktivitas yang sesuai dengan tingkat perkembangan anak.

6. Memberikan kesempatan untuk bermain

Menurut Drake, bermain sangat penting untuk perkembangan mental, emosional dan kesejahteraan sosial anak. Kebutuhan bermain tidak dapat dihentikan sewaktu anak mendapat perawatan di rumah sakit sehingga program bermain buat anak sakit tetap dilakukan dengan menyesuaikan dengan kondisi anak dan tingkat perkembangannya.

7. Mendorong partisipasi orang tua dan saling memberi informasi sehubungan dengan penyakit, pengobatan dan prosedur keperawatan, reaksi emosional terhadap sakitnya.

Mempertahankan kontak antara anak dan orang tua dapat mencegah atau meminimalkan stress hospitalisasi pada anak. Pendekatan terbaik adalah menganjurkan orang tua untuk tetap bersama anak dan berpartisipasi dalam perawatan jika memungkinkan. Melibatkan sibling juga penting karena mengunjungi saudara yang sakit juga mengurangi stress pada anak staf rumah sakit harus menghargai kelanjutan kedekatan orang tua dan anak. Orang tua selalu dilibatkan dalam membuat perencanaan asuhan keperawatan dan berperan dalam pemulihan kondisi anak.

h. Penanganan Dampak Hospitalisasi Dengan Terapi Bermain

Melalui bermain dapat mengetahui persepsi seorang anak ketika hospitalisasi. Bermain juga bagi seorang anak adalah suatu kesempatan untuk menghilangkan stres, ketika berada ditempat dimana dia merasa tidak berdaya dan cemas. Melalui bermain, terutama dengan peralatan medis, anak dapat mengembangkan rasa kontrol. Terapi bermain terdiri dari aktivitas aktivitas yang tergantung dengan kebutuhan perkembangan anak maupun lingkungan seperti ketika dihospitalisasi dan dapat disampaikan dalam berbagai bentuk yang di antaranya adalah pertunjukan wayang interaktif, seni ekspresi atau kreatif, permainan boneka, dan lain-lain permainan yang berorientasi pengobatan (Firmansyah dkk, 2021).

3. Konsep Tingkat Kecemasan

a. Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah perasan yang tidak menyenangkan atau ketakutan yang tidak jelas dan hebat. Hal ini terjadi sebagai reaksi terhadap sesuatu yang dialami seseorang (Nugroho H, 2020). Menurut American Psychiatric Association kecemasan adalah perasaan tidak nyaman, ketakutan terkait dengan antisipasi bahaya, yang sumbernya tidak spesifik atau tidak diketahui. Anxiety is a feeling of discomfort, apprehension or dread related to anticipation of danger, the source of which is often non-specific or unknown. Kecemasan dianggap sebagai gangguan (atau patologis) ketika ketakutan dan kecemasan berlebihan (dalam konteks budaya) serta ada hubungan dengan gangguan pada fungsi sosial dan pekerjaan.

Menurut Louise Kecemasan adalah perasaan ketidakpastian, kegelisahan, ketakutan atau ketegangan yang dialami seseorang dalam berespon terhadap objek atau situasi yang tidak diketahui. Keputusan “lawan atau lari” dibuat oleh orang tersebut dalam upaya untuk mengatasi konflik, stres, trauma atau frustasi. (Swarjana I, 2022).

b. Jenis-Jenis Kecemasan

Menurut Videbeck menyebutkan beberapa jenis kecemasan (Swarjana I, 2022), di antaranya sebagai berikut :

1. Antisipatif kecemasan (*anticipatory anxiety*)

Kecemasan ini umum terjadi pada orang-orang yang memiliki riwayat fobia atau gangguan panik, yaitu keadaan emosional atau ketakutan tentang apa yang akan terjadi berikutnya “*what will happen next*”. Seseorang yang menunjukkan rasa khawatir yang tinggi dan kewaspadaan tentang peristiwa yang akan datang atau kemungkinan situasi yang akan terjadi.

2. Kecemasan sinyal (*signal anxiety*)

Merupakan respon terhadap ancaman atau bahaya yang dirasakan. Ego mekanisme pertahanan diaktifkan selama ancaman atau bahaya untuk melindungi individu dari kewalahan oleh kecemasan yang parah.

3. Sifat Kecemasan (*anxiety trait*)

Merupakan komponen kepribadian yang ada dalam jangka waktu lama dan dapat diukur dengan mengamati perilaku psikologis, emosional serta kognitif orang tersebut. Orang yang merespons berbagai situasi nonstres dengan kecemasan dikatakan memiliki sifat kecemasan.

4. Keadaan kecemasan (*anxiety state*)

Terjadi sebagian akibat dari situasi stress, dimana orang tersebut kehilangan kendali atas emosinya.

5. Kecemasan mengambang bebas (*free floating anxiety*)

Merupakan kecemasan yang selalu hadir dan disertai dengan perasaan takut. Orang tersebut mungkin menunjukkan perilaku ritualistik dan penghindaran (perilaku fobia).

c. Penyebab Kecemasan

Menurut Louise penyebab kecemasan dapat dilihat dari beberapa teori, yaitu :

1. *Genetic Theory*

Menyebutkan kecemasan disebabkan karena faktor genetik. Menurut Sadock bahwa penelitian genetik telah menghasilkan bukti kuat bahwa setidaknya beberapa komponen genetik berkontribusi terhadap perkembangan gangguan kecemasan.

2. *Biologic Theory*

Banyak studi tentang hubungan antara kecemasan dengan beberapa hal yang terkait dengan biologis. Secara umum banyak penelitian yang mengevaluasi hubungan antara kecemasan dengan hal ini, diantaranya katekolamin, tindakan neuroendokrin dan kolesistokinin, serta reaktivitas otonom.

3. *Psychoanalytic Theory*

Sigmund Freud dalam teori psikonalisis menyampaikan bahwa munculnya kecemasan diakibatkan karena hasil dari konflik yang tidak diselesaikan dan tidak disadari antara influs untuk agresif atau libidinal.

4. *Cognitive Behavior Theory*

Cognitive Behavior Theory atau teori kognitif perilaku adalah teori yang dikembangkan oleh Aaron Beck. Teori menyebutkan bahwa kecemasan adalah respon yang dipelajari atau dikondisikan terhadap sesuatu peristiwa stress atau bahaya yang diaraskan. Dalam teori ini konseptualisasi, terdistorsi atau kontraproduktif pola berpikir menyertai atau mendahului perkembangan kecemasan.

5. *Socialcultural Theory*

Menurut Swarjana I, (2022) ahli teori sosial budaya percaya bahwa integeritas sosial atau faktor budaya dapat menjadi penyebab munculnya kecemasan.

d. Tanda Dan Gejala Klinis Kecemasan

Kecemasan memiliki beberapa tanda dan gejala klinis. Keluhan-keluahan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan menurut Hawari, D (2022), sebagai berikut:

1. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri dan mudah tersinggung.
2. Merasa tegang, tidak tenang dan gelisah dan mudah terkejut.
3. Takut kesendirian, takut pada keramaian dan banyak orang.
4. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
5. Ganggaun konsentrasi dan daya ingat.
6. Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (tinnitus), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lainnya.

Selain keluhan umum diatas, ada kelompok cemas yang lebih berat yaitu gangguan cemas menyeluruh, gangguan phobik dan gangguan obsesif-kompulsif. Secara klinis selain gejala cemas biasa, disertai kecemasan yang menyeluruh dan menetap (paling sedikit berlangsung selama 1 bulan) dengan manifestasi 3 dari 4 kategori gejala menurut Hawari, D (2022) berikut ini:

1. Ketegangan Motorik/Alat Gerak:
 - 1) Gemetar.
 - 2) Tegang.
 - 3) Nyeri otot.
 - 4) Letih.
 - 5) Tidak dapat santai.
 - 6) Kelopak mata bergetar.
 - 7) Kening berkerut.
 - 8) Muka tegang.
 - 9) Gelisah.
 - 10) Tidak dapat diam.
 - 11) Mudah kaget.
2. Hiperaktivitas Saraf Autonom (Simpatis/Parasimpatis) :
 - 1) Berkeringat berlebihan.
 - 2) Jantung berdebar-debar.
 - 3) Rasa dingin.
 - 4) Telapak tangan/kaki basah.
 - 5) Mulut kering.
 - 6) Pusing.
 - 7) Kepala terasa ringan.
 - 8) Kesemutan.
 - 9) Rasa mual.
 - 10) Rasa aliran panas atau dingin.
 - 11) Sering buang air seni.
 - 12) Diare.
 - 13) Rasa tidak enak diuluh hati.
 - 14) Kerongkongan tersumbat.
 - 15) Muka merah atau pucat.
 - 16) Denyut nadi atau napas yang cepat atau istirahat.
3. Rasa Khawatir Berlebihan Tentang Hal-Hal Yang Akan Datang (*Apprehensive Expectation*):
 - 1) Cemas, Khawatir, takut.

- 2) Berpikir berulang (rumination).
 - 3) Membayangkan akan datangnya kemalangan terhadap dirinya atau orang lain.
4. Kewaspadaan Berlebihan:
- 1) Mengamati lingkungan secara berlebihan sehingga mengakibatkan perhatian mudah teralih.
 - 2) Sukar konsentrasi.
 - 3) Sukar tidur.
 - 4) Merasa nyeri.
 - 5) Mudah tersinggung.
 - 6) Tidak sabar.

Gejala diatas yang bersifat psikis maupun fisik (somatik) pada setiap orang tidak sama, dalam arti tidak seluruhnya gejala itu tidak ada.

e. Level Kecemasan

Kecemasan direntangkan mulai dari normal sampai dengan panik dan rentang menurut Swarjana I, (2022) dikenal sebagai tingkat kecemasan atau *levels of anxiety*. Adapun level tersebut yaitu (1) normal, (2) kecemasan ringan (*mild anxiety*), (3) kecemasan sedang (*moderate anxiety*), (4) kecemasan berat (*severe anxiety*) dan (5) status panik (*panic state*) (Louise, 2012). Namun menurut Peplau membagi level kecemasan menjadi 4 level yaitu: (1) *mild anxiety*, (2) *moderate anxiety*, (3) *severe anxiety* dan (4) *panic anxiety*.

1. Normal

Pada level ini, klien mungkin mengalami peringatan berkala dari ancaman, seperti kegelisahan atau ketakutan yang mendorong klien untuk mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk mencegah atau mengurangi konsekuensinya.

2. Kecemasan Ringan (*Mild Anxiety*)

Pada Level ini, klien mengalami peningkatan kewaspadaan terhadap perasaan batin atau lingkungan. Untuk bersantai, individu bekerja dibawah tekanan untuk memenuhi tenggak waktu dan mungkin mengalami keadaan kecemasan ringan yang akut sampai pekerjaan

mereka selesai. Klien dengan riwayat kecemasan kronik mungkin sering mengalami kegelisahan, aktivitas motorik gemetar, postur kaku dan ketidak mampuan untuk bersantai.

3. Kecemasan Sedang (*Moderate Anxiety*)

Pada level ini, bidang persepsi penglihatan, pendengaran, sentuhan dan penciuman menjadi terbatas. Klien mengalami penirunan kemampuan berkonsentrasi, dengan kemampuan untuk fokus atau berkonsentrasi hanya pada satu hal tertentu pada suatu waktu. Mondar-mandir, tremor suara, peningkatan kecepatan bicara, perubahan fisiologis dan verbalisasi tentang bahaya yang diharapkan terjadi. Pemecahan masalah dan kemampuan untuk memobilisasi sumber daya dapat terhambat. Klien yang mencari pengobatan untuk kecemasan umumnya hadir dengan gejala-gejala ini selama fase akut.

4. Kecemasan Berat (*Severe Anxiety*)

Pada level ini, kemampuan untuk merasakan semakin berkurang dan fokus terbatas pada satu detail tertentu. Ketidak tepatan verbalisasi atau ketidakmampuan untuk berkomunikasi dengan jelas, terjadi karena peningkatan kecemasan dan penurunan proses berpikir intelektual. Kurangnya tekad atau kemampuan untuk melakukan terjadi saat orang tersebut mengalami perasaan tanpa tujuan.

5. Status Panik (*Panic State*)

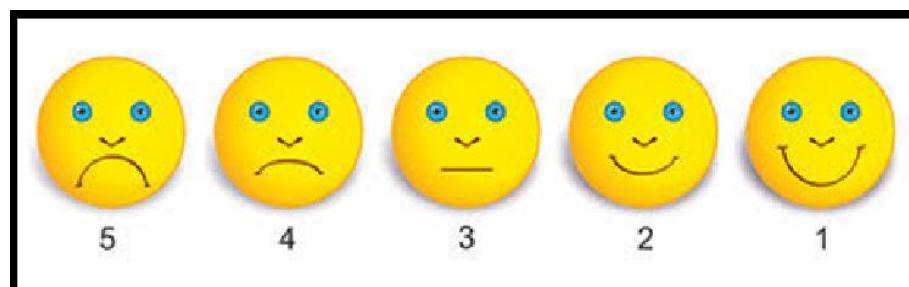
Pada level ini, gangguan total pada kemampuan untuk meraskan terjadi. Disintegrasi kepribadian terjadi sebagai individu sebagai imobilisasi, mengalami kesulitan verbalisasi, tidak dapat berfungsi secara normal dan tidak mampu fokus pada kenyataan. Perubahan fisiologis, emosional dan intelektual terjadi ketika individu mengalami kehilangan kendali. Seorang klien mungkin mengalami semua tingkat kecemasan selama perwatan sebelum gejala klinis stabil.

f. Alat Pengukuran Kecemasan

1. *Faces Anxiety Scale (FAS)*

FAS (faces Anxiety Scale) adalah pengukuran skala cemas untuk anak-anak dengan menggunakan penampilan atau wajah sebagai

alat ukurnya. Skala penilaian nilai terendah 1 dan nilai tertinggi 5. Skala yang menunjukkan skor 1 dikatakan sangat tidak cemas, skor 2 menunjukkan tidak cemas, skor 3 menunjukkan cemas ringan, skor 3 menunjukkan cemas sedang dan skor 5 menggambarkan tingkat kecemasan berat (Sari, Antika, 2024).



Sumber : Buchannan H, Niven N, 2002 (Sari, Antika, 2024)

Gambar 2.2 Faces Anxiety Scale (FAS)

2. Spance Children's Anxiety Scale (SCAS)

SCAS dioptimalkan untuk menilai gejala kecemasan secara luas pada anak. Skala ini menilai 6 domain kecemasan secara umum, panik, fobia sosial, kecemasan perpisahan, obsesif gangguan kompulsif, dan ketakutan cidera fisik. Orangtua diminta untuk menilai sejauh mana anak mengalami setiap gejala pada frekuensi 4 titik skala (tidak pernah, kadang-kadang, sering, dan sangat sering) (I, Rahmawati & Anandita, 2019).

Skala ini terdiri dari 26-28 pertanyaan kecemasan. Kecemasan diklasifikasikan menjadi empat dan lima skor sub skala, skor yang lebih tinggi menunjukkan keparahan kecemasan yang lebih besar. Kuisioner ini diberikan kepada orang tua klien (Pratami & Rizqiea, 2022).

4. Konsep Dasar Terapi Bermain

a. Defenisi Bermain

Bermain bagi anak merupakan keseluruhan aktivitas yang memberikan kesenangan dan metode bagaimana mereka mengenal dunia. Bermain merupakan suatu aktivitas spontan, tanpa paksaan untuk

memperoleh kesenangan tanpa memikirkan hasil akhir, untuk memenuhi kepuasan secara fisik, emosi, sosial dan perkembangan mental sehingga anak dapat mengekspresikan perasaan dan kreativitas. Bermain adalah kegiatan yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan anak sehari-hari karena bermain sama dengan kerja pada orang dewasa, bermain dapat menurunkan stres anak, belajar berkomunikasi dengan lingkungan, menyesuaikan diri dengan lingkungan, belajar mengenal dunia dan meningkatkan kesejahteraan mental serta sosial anak (Wahyuni dkk, 2022).

b. Klasifikasi Bermain

Klasifikasi bermain menurut isinya (Wahyuni dkk, 2022), antara lain :

1. *Social Affective Play*: Anak belajar memberi respon terhadap respon yang diberikan oleh lingkungan terhadapnya dalam bentuk permainan. Misal: orang tua berbicara dan memanjakan, anak tertawa senang, dengan bermain anak diharapkan dapat bersosialisasi dengan lingkungan
2. *Sense off pleasure play*: Anak akan memperoleh kesenangan dari objek yang ada di sekitarnya. Misal: Anak bermain air atau pasir
3. *Skill play*: Merupakan permainan yang memberikan kesempatan pada anak untuk memperoleh keterampilan tertentu dan anak akan melakukannya secara berulang ulang. Misal: mengendarai sepeda.
4. *Dramatical Play Rolle Play*: Anak berfantasi menjalankan peran tertentu misalnya menjadi ayah atau ibu.

Menurut karakteristik sosial

1. *Solitary play*: Dilakukan oleh balita (*toddler*) merupakan jenis permainan dimana anak bermain sendiri walaupun ada beberapa orang lain yang bermain di sekitarnya.
2. *Paralel Play* (permainan sejenis): Dilakukan oleh suatu kelompok anak balita atau pra sekolah yang masing-masing mempunyai mainan yang sama tetapi satu sama lain tidak ada interaksi dan tidak saling tergantung.
3. *Associative Play*: Adalah permainan dimana anak bermain dalam kelompok.

4. *Cooperative Play*: Anak bermain bersama dengan jenis permainan yang terorganisir, terencana dan ada aturan tertentu. Permainan ini dilakukan oleh anak sekolah/*adolesens*.

c. Fungsi Bermain

Menurut Wahyuni dkk (2022), fungsi bermain pada anak yaitu :

1. Membantu perkembangan sensorik dan motorik
2. Membantu perkembangan kognitif
3. Meningkatkan sosialisasi anak
4. Meningkatkan kreativitas
5. Meningkatkan kesadaran diri
6. Mempunyai nilai terapeutik
7. Mempunyai nilai moral pada anak.

d. Manfaat Terapi Bermain di Rumah Sakit

Anak yang dirawat di rumah sakit dan mendapatkan terapi bermain selama perawatan di rumah sakit akan memperoleh manfaat pengalaman dirawat yang menyenangkan, dan tidak trauma dengan lingkungan rumah sakit. Menurut Lestari, T.Y (2022), terapi bermain bermanfaat untuk kondisi anak seperti berikut:

1. Saat anak harus memahami prosedur pengobatan kesehatan, penyakit tertentu, ataupun perawatan kesehatan lainnya.
2. Memiliki masalah psikologis, seperti stres dan juga kecemasan.
3. Anak dengan permasalahan makan.
4. Anak memiliki perilaku negatif di lingkungannya.
5. Anak mudah marah dan lebih agresif.
6. Adanya masalah dalam hubungan keluarga. Misalnya, kematian, perpisahan.
7. Kemungkinan menjadi korban kekerasan anak dan lainnya.

Manfaat terapi bermain bagi anak yang dirawat di rumah sakit menurut Lestari, T.Y (2022), antara lain:

1. Anak dapat mengetahui dan memahami tanggung jawabnya.
2. Anak akan merasa lebih nyaman dan jauh dari kecemasan.
3. Anak mengerti cara mengekspresikan ide, diri, dan juga perasaan.

4. Anak mempunyai harga diri yang positif.
 5. Anak belajar berempati dan menghormati orang lain.
 6. Anak mampu bersosialisasi.
 7. Anak dapat menjaga *relationship* dengan anggota keluarga lainnya.
 8. Anak dapat meningkatkan kemampuan bahasa, motorik halus dan kasar.
- e. Prinsip Terapi Bermain Pada Anak di Rumah Sakit.
- Prinsip terapi bermain pada anak dirumah sakit menurut Wahyuni dkk (2022), yaitu:
1. Tidak boleh bertentangan dengan terapi dan perawatan yang sedang dijalankan.
 2. Tidak membutuhkan banyak energi, singkat, sederhana
 3. Harus mempertimbangkan keamanan anak dan infeksi silang
 4. Dilakukan pada kelompok umur yang sama
 5. Melibatkan orang tua
 6. Bila keadaan anak masih lemah, maka gunakan bentuk permainan pasif.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Bronkopneumonia

Konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Keperawatan adalah catatan tentang hasil dari pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan berbagai informasi dari klien, membuat data dasar tentang klien dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien yang digunakan sebagai pendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat serta menentukan strategi perawatan.

a. Usia

Bronkopneumonia sering terjadi pada bayi dan anak-anak. Kasus terbanyak terjadi pada anak berusia dibawah 5 tahun.

b. Keluhan Utama

Dikaji biasanya penderita bronkopneumonia mengeluh sesak nafas.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pada penderita bronkopneumonia biasanya merasakan sulit untuk bernafas dan disertai dengan batuk berdahak, terlihat otot bantu pernafasan, adanya suara nafas tambahan, penderita biasanya juga lemah, tidak nafsu makan dan mengalami kecemasan.

d. Riwayat penyakit dahulu

Anak sering menderita penyakit saluran pernafasan bagian atas, memiliki riwayat penyakit campak atau pertussis serta memiliki faktor pemicu bronkopneumonia misalnya riwayat terpapar asap rokok, debu atau polusi dalam jangka panjang.

e. Periksaan Fisik

1) Evaluasi Inspeksi

Perlu diperhatikan adanya sianosis, dispneu, pernafasan cuping hidung, distensi abdomen, batuk semula non produktif menjadi produktif, serta nyeri dada pada saat menarik nafas. Batasan takipnea pada anak 2-12 bulan adalah 50 kali/menit atau lebih, sementara untuk anak 12 bulan-5 tahun adalah 40 kali/menit atau lebih.

2) Palpasi

Fremitus biasanya terdengar lemah pada bagian yang terdapat cairan atau secret, getaran hanya teraba pada sisi yang tidak terdapat secret.

3) Auskultasi

Auskultasi sederhana dapat dilakukan dengan cara mendekatkan telinga ke hidung atau mulut bayi. Pada anak pneumonia akan terdengar stridor, *ronkhi* atau *wheezing*. Sementara dengan stetoskop, akan terdengar suara nafas akan berkurang, ronkhi halus pada posisi yang sakit, dan *ronkhi* basah pada masa resolusi.

f. Riwayat kehamilan dan persalinan:

1) Riwayat kehamilan: penyakit injeksi yang pernah diderita ibu selama hamil, perawatan ANC, imunisasi TT.

2) Riwayat persalinan: apakah usia kehamilan cukup, lahir prematur, bayi kembar, penyakit persalinan, *apgar score*.

g. Riwayat sosial

Siapa pengasuh klien, interaksi social, kawan bermain, peran ibu, keyakinan agama/budaya.

h. Kebutuhan dasar

1) Makan dan minum

Penurunan intake, nutrisi dan cairan, diare, penurunan BB, mual dan muntah.

2) Aktifitas dan istirahat

Kelemahan, lesu, penurunan aktifitas, banyak berbaring.

3) BAK : Tidak begitu terganggu.

4) Kenyamanan

Malgia, sakit kepala.

5) Higiene

Penampilan kusut, kurang tenaga.

i. Pemeriksaan tingkat perkembangan

1) Motorik kasar: setiap anak berbeda, bersifat familiar, dan dapat dilihat dari kemampuan anak menggerakkan anggota tubuh.

2) Motorik halus: gerakkan tangan dan jari untuk mengambil benda, menggenggam, mengambil dengan jari, menggambar, menulis dihubungkan dengan usia.

j. Data psikologis

1) Anak

Krisis hospitalisasi, mekanisme coping yang terbatas dipengaruhi oleh: usia, pengalaman sakit, perpisahan, adanya *support*, keseriusan penyakit.

2) Reaksi orang tua terhadap penyakit anaknya dipengaruhi oleh:

a) Keseriusan ancaman terhadap anaknya.

b) Pengalaman sebelumnya.

c) Prosedur medis yang akan dilakukan pada anaknya.

d) Adanya suportif dukungan.

e) Agama, kepercayaan dan adat.

f) Pola komunikasi dalam keluarga.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan adalah pengkajian klinis dari respon klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan, baik aktual maupun potensial dengan tujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga atau komunitas klien terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan (Sari dkk, 2023). Menurut SDKI (2019), anak dengan kasus bronkopneumonia memiliki diagnosis sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan ditandai dengan batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebihan, mengi, *wheezing* atau ronchi kering (D.0001).
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan dispnea, penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal (D.0005).
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan pemantauan respirasi (D.0003) ditandai dengan dispnea, takikardi, bunyi nafas tambahan, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal.
- d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi bakteri *streptococcus*) ditandai dengan suhu tubuh diatas normal (D.0130).
- e. Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi ditandai dengan merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, mudah menangis, sulit tidur (D.0080).
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan berat badan menurun 10% dibawah rentang normal (D.0019).

3. Intervensi Keperawatan

Menurut PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2019). Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit bronkopneumonia adalah sebagai berikut :

No	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 4 jam, diharapkan dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Bersihan Jalan Nafas (L.01001).</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif menurun 1 2. Produksi sputum menurun 1 3. Dispnea menurun 1 4. Gelisah menurun 1 5. Frekuensi nafas membaik 5 6. Pola nafas membaik 5. 	<p>Latihan Batuk Efektif (I.01006).</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan batuk. 2. Monitor adanya retensi sputum. 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas. 4. Monitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik). <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi Fowler atau <i>semi- Fowler</i> atau <i>Fowler</i>. 2. Pasang perlak dan bengkok dipangkuan pasien. 3. Buang sekret pada tempat sputum. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif. 2. Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selam 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencuci (dibulatkan) selama 8 detik. 3. Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 detik. 4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3.

			<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemeberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.
2.	Pola nafas tidak efektif (D.0005)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 4 jam, diharapkan dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Pola Nafas (L.01004).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 1 2. Penggunaan otot bantu pernafasan menurun 1 3. Pernafasan cuping hidung menurun 1 4. Frekuensi nafas membaik 5 5. Kedalaman nafas membaik 5 	<p>Manajemen Jalan Nafas (I.0101).</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman dan usaha nafas). 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, mengi, ronchi kering, wheezing). 3. Monitor sputum (Jumlah, warna, aroma). <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift (jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal). 2. Posisikan <i>semi-Fowler</i> atau <i>Fowler</i>. 3. Berikan minum hangat. 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu. 5. Lakukan penghisap lendir kurang dari 15 detik. 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill. 8. Berikan oksigen, jika perlu. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2.000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.

			<p>2. Ajarkan teknik batuk efektif.</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian brokondilator, ekspektoran , mukolitik, jika perlu.</p>
3.	Gangguan pertukaran gas (D.0003)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 4 jam, diharapkan dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Pertukaran gas (L.01003).</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 5 2. Bunyi napas tambahan menurun 5 3. Takikardia menurun 5 4. Gelisah menurun 5 5. Napas cuping hidung menurun 5 6. Pola napas membaik 5 7. Frekuensi napas membaik 5 8. Irama napas membaik 5. 	<p>Pemantauan Respirasi (I.01014).</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya bernapas. 2. Monitor pola napas (bradipneia, takipneia, hiperventilasi, kussmaul, cheynes-stokes, biot, ataksik). 3. Monitor kemampuan batuk efektif. 4. Monitor adanya produksi sputum. 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas. 6. Monitor saturasi oksigen. 7. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru. 8. Monitor nilai AGD. 9. Monitor hasil x-ray toraks. <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien. 2. Dokumentasikan hasil pemantauan. 3. Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trachea, jika perlu. 4. Pertahankan kepatenhan jalan napas.

			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 2. Informasikan hasil pemantauan jika perlu. 3. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah. <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian penentuan dosis oksigen. 2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur.
4.	Hipertermia (D.0130)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 4 jam, diharapkan dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Termogulasi (L.14134).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 5 2. Kejang menurun 5 3. Pucat menurun 5 4. Takikardi menurun 5 5. Takipnea menurun 5 6. Suhu tubuh membaik 5 7. Suhu kulit membaik 5 8. Ventilasi membaik 5 	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506).</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas). 2. Monitor suhu tubuh. 3. Monitor kadar elektrolit. 4. Monitor haluan urine. 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin. 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian. 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh. 4. Berikan cairan oral. 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat

			<p>berlebih).</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimuti hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada abdomen, aksila). 7. Hindari pemeberian antipiretik atau aspirin. 8. Berikan oksigen, jika perlu. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring. <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.
5.	Ansieta (D.0080)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 4 jam, diharapkan dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Ansietas (L.01004).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebingungan menurun 5 2. Khawatir menurun 5 3. Perilaku gelisah menurun 5 4. Konsetrasi membaik 5 5. Pola tidur membaik 5 6. Frekuensi nadi membaik 5. 	<p>Reduksi Ansietas (I.09314).</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.kondisi,waktu,stresor). 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan . 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non-verbal). <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menembuhkan kepercayaan. 2. Temani klien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan. 3. Pahami situasi yang membuat ansietas. 4. Dengarkan dengan penuh perhatian. 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan.

			<p>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.</p> <p>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</p> <p>8. Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang.</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis, 3. Anjurkan keluarga agar tetap bersama pasien, jika perlu. 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai keutuhan. 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. 7. Latih penggunaan mekanisme pertahan diri yang tepat. 8. Latih teknik relaksasi. <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas,jika perlu.
6.	Defisit nutrisi (D.0019)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 4 jam, diharapkan dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Status Nutrisi (L.03030).</p> <p>1. Porsi makan yang</p>	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119).</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi. 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makan. 3. Identifikasi makanan yang disukai. 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien.

	<p>dihabisikan meningkat 5</p> <p>2. Kekuatan otot pengunyahan meningkat 5</p> <p>3. Kekuatan otot menelan meningkat 5</p> <p>4. Perasaan cepat kenyang menurun 1</p> <p>5. Berat badan membaik 5</p> <p>6. IMT membaik 5</p> <p>7. Nafsu makan membaik 5</p>	<p>5. Identifikasi asupan makanan.</p> <p>6. Monitor berat badan.</p> <p>7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium.</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu. 2. Fasilitasi menetukan pedoman diet (mis. piramida makanan). 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 5. Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori. 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu. 2. Ajarkan diet yang diprogramkan. <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemeberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu. 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menetukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkn , jika perlu.
--	---	--

Sumber : (PPNI, 2018, PPNI, 2019).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Teoritis

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan tertentu. Setelah rencana intervensi dikembangkan dan disajikan dalam urutan perawatan untuk membantu klien dalam mencapai hasil yang diinginkan, fase implementasi dimulai. Tujuan implementasi adalah untuk membantu anak dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan seperti: peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi kelangsungan hidup (SIKI & PPNI, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap terakhir dalam proses perawatan adalah evaluasi. Evaluasi adalah seperangkat metode dan keterampilan yang digunakan untuk menentukan apakah apakah suatu proses program memenuhi rencana dan persyaratan keluarga. Buat evaluasi menggunakan SOAP, dimana yang dimaksud adalah:

S : Ekspresi emosi yang ditemui selama Implementasi.

O : Perawat objektif dengan pengamatan objektif.

A : Evaluas perawat terhadap tanggapan subyektif dan objektif keluarga terhadap kriteria dan standar intervensi perawat keluarga, berdasarkan pengetahuan.

P : Rencana selanjutnya mengikuti analisis perawat (Sari dkk, 2023).